

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Mediante este procedimiento se pretende el aumento de la capacidad de almacenamiento de la vejiga enferma generalmente para protección del tramo urinario superior.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se procede a abrir el abdomen por debajo del ombligo accediendo a la vejiga que se abre y, en ocasiones, se extirpa un segmento. Posteriormente se utiliza un segmento de asa intestinal que se coloca sobre la vejiga para hacerla más amplia. Puede ser necesario reimplantar los uréteres.

También es factible la vía laparoscópica mediante la introducción por 3-4 pequeños orificios de varios instrumentos en el abdomen. El postoperatorio normal es prolongado y se retira, progresivamente, la alimentación por sueros y las sondas o drenajes.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la vejiga, sangrado por orina (hematuria), escozor miccional, infección urinaria, íleo paralítico (parálisis intestinal) transitorio.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** La **imposibilidad** de llevar a cabo la ampliación por problemas técnicos; **dificultad para la retirada de la sonda vesical; perforación intestinal**, con el consiguiente riesgo de peritonitis que puede llegar hasta la muerte, **fístulas intestinales** que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica, llegando incluso a la sepsis y muerte, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica); problemas por la derivación urinaria como **fístulas urinarias inmediatas o tardías** que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica o reparadora o practicar una nueva derivación, micción por recto u orificio abdominal, **litiasis (cálculos), hematuria** (sangrado por la orina) e **infecciones urinarias** ascendentes; **estrechamiento del intestino** con necesidad de nuevas cirugías; **trastornos metabólicos** inherentes a la derivación (acidosis, déficit de B12, etc.); .); **dehiscencia de sutura** (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria, **eventración intestinal** (salida de asas intestinales a través de la herida), **fístulas** permanentes o temporales y **defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores** o procesos cicatriciales anormales; **intolerancias a los materiales de sutura; hemorragia incontrolable, infección de la cavidad abdominal o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis y estrechamiento de la uretra; dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; fístula uretral o vesical, comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente); sección del nervio obturador** que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, **linfocele (colección de linfa)** con posibilidad de sobreinfección; **impotencia sexual; complicaciones derivadas de la herida quirúrgica, tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas** de gravedad variable.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El incremento de la capacidad vesical puede mejorar los síntomas miccionales, aunque generalmente se trata de proteger el tramo urinario superior.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Deterioro de la función renal y vesical por la mala dinámica miccional.
6. **Alternativas:** Tratamiento médico, colocación de un catéter permanente o intermitente. También sería posible proceder a una derivación urinaria permanente para mejorar la dinámica miccional.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. **Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes o medicaciones actuales.**



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA
AMPLIACIÓN VESICAL**

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales